主治医の先生へ　　新金岡西こども園

こども園の与薬における安全確保のため、下記についてご協力をお願いします。

1.こども園での与薬が処方日から（処方日を含む）４日以上必要な場合は、与薬についての連絡票の提出をお願いしています。（最長６か月）
下記連絡票の記載についてよろしくお願いします。

2.特別な薬を除き、朝夕２回投与が可能な薬の場合は、こども園での与薬ができるだけ少なくなるようご配慮ください。

3.下記の内容に変更が生じた場合には、新たに用紙の記入を依頼することがあります。

こども園における与薬についての連絡票

園児名（　　）　生年月日（　　）

診断名
経過および現在の状況
与薬期間、方法 ①（薬剤名：　　）　月　日　～　月　日まで 方法 ②（薬剤名：　　）　月　日　～　月　日まで 方法
必要とする特別な配慮、与薬の注意や緊急時の対応など

令和　　年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿